

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N°

405

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 7 juin 1900 à 1 heure

Par FERNAND-EMMANUEL GUILBOT

Né à Vannes (Morbihan) le 17 octobre 1873

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

TUBERCULOSE PULMONAIRE
DU PREMIER ÂGE

Président : M. DIEULAFOY, professeur.

*Juges { MM. HUTINEL, professeur.
CHARRIN et DUPRÉ, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties
de l'enseignement médical*

PARIS

JOUVE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

—
1900

ÉCOLE DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

DU PREMIER ADE

PARIS

LOUVE ET BOYER



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 7 juin 1900 à 1 heure

Par FERNAND-EMMANUEL GUILBOT

Né à Vannes (Morbihan) le 17 octobre 1873

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

TUBERCULOSE PULMONAIRE
DU PREMIER ÂGE

Président : M. DIEULAFOY, professeur.

Juges { MM. HUTINEL, professeur.
CHARRIN et DUPRE, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

JOUBE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHTET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.	HUTINEL.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL
Matière médicale et pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée	N.....
Clinique médicale.	CHANTEMESSE.
Maladie des enfants.	POTAIN.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	JACCOUD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	HAYEM.
Clinique des maladies du système nerveux.	DIEULAFOY.
Clinique chirurgicale.	GRANCHER.
Clinique ophtalmologique.	JOFFROY.
Clinique des maladies des voies urinaires.	FOURNIER.
Clinique d'accouchements.	RAYMOND.
	BERGER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
	PANAS.
	GUYON.
	BUDIN.
	PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	DESGREZ	LEJARS	THIROLOIX
ACHARD.	DUPRÉ	LEPAGE	THOINOT
ALBARRAN.	FAURE	MARFAN	VAQUEZ
ANDRÉ	GAUCHER	MAUCLAIRE	VARNIER
BONNAIRE	GILLES DE LA	MENETRIER	WALLICH
BROCA (Aug.)	TOURETTE	MERY	WALTHER
BROCA (André).	HARTMANN	ROGER	WIDAL
CHARRIN	LANGLOIS	SEBILEAU	WURTZ
CHASSEVANT	EACNOIS	TEISSIER	
DELGET	LEGUEU	THIERY	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

CONTRIBUTION A L'ETUDE

TUBERCULOSE PULMONAIRE

DE L'ADOLESCENCE

A MON VERTUEUX DE L'ETAT

M. LE PROFESSEUR DUBRAY

MEIS ET AMICIS

804

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR DIEULAFOY

Membre de l'Académie de Médecine.

Médecin de l'Hôtel-Dieu.

Commandeur de la Légion d'honneur.

10-61371

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DE LA
TUBERCULOSE PULMONAIRE
DU PREMIER AGE

INTRODUCTION

Nous croyons devoir faire remarquer au début de ce modeste travail, que notre ambition ne va pas jusqu'à prétendre éclairer d'un jour nouveau l'étude si ardue et si pleine encore d'inconnus de toute sorte qu'est l'étude de la tuberculose pulmonaire de la première enfance!

Après les remarquables et nombreux travaux qui ont été publiés par tant de maîtres éminents sur cette intéressante question de pédiatrie, une semblable entreprise de notre part paraîtrait pour le moins téméraire; d'ailleurs nos forces ne nous le permettraient malheureusement pas. Notre but est plus modeste: nous nous proposons tout simplement de présenter ici quelques considérations qui sans être absolument nouvelles, ne sont cependant pas de notion très courante et qui, à notre sens,

nous paraissent d'un réel intérêt tant au point de vue de l'étude pathologique de la question qu'au point de vue de la fréquence de la tuberculose pulmonaire chez le tout jeune enfant qu'on ne saurait trop vulgariser. Mener à bien cette entreprise même ainsi simplifiée n'était pas chose très aisée, aussi avons-nous dû bien longuement tâtonner, et bien souvent recourir à nos maîtres à qui nous avons emprunté le meilleur de ce travail : s'il vaut quelque chose, c'est à eux que nous le devons.

Qu'il nous soit donc permis, arrivé au terme de nos études, et sur le point de franchir, et pour toujours peut-être, le seuil des hôpitaux, d'adresser encore une dernière fois l'expression de nos plus sincères remerciements et l'assurance de notre vive gratitude à tous ces maîtres qui de près ou de loin se sont intéressés à nous. Nous remercions tout particulièrement le Dr Georges Petit médecin du dispensaire de l'hôpital d'Ormesson qui, après avoir guidé nos premiers pas chancelants dans l'étude de la médecine, n'a jamais cessé de nous prodiguer ni son temps ni sa peine ; ses conseils et son amitié ne nous ont jamais fait défaut : il fut même bien souvent l'étoile assurée des mauvais jours ! C'est encore lui qui après nous avoir suggéré l'idée de cette thèse, nous a permis de puiser dans son service de l'hôpital d'Ormesson les documents et les observations nécessaires pour la mener à bien. Nous lui devons tant que c'est avec empressement, avec une véritable joie même, que nous saisissons l'oc-

casion qui se présente à nous, de lui exprimer publiquement notre profonde reconnaissance.

Enfin nous remercions encore M. le Professeur Dieulafoy du grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse; ce sera pour nous un souvenir de plus à ajouter à celui que nous garderons longtemps des trop courts moments passés à ses cliniques de l'Hôtel-Dieu.

CHAPITRE PREMIER

Division du sujet.

Nous savons tous, et c'est là un fait indéniable que la tuberculose chez l'enfant a autant de tendance à se généraliser qu'elle en a chez l'adulte à se localiser, et sa tendance à la généralisation est d'autant plus marquée que l'enfant est plus jeune. Aussi lisons-nous un peu partout qu'il est exceptionnel de rencontrer une tuberculose localisée au poumon seul, mais qu'il est fréquent de la voir prédominer au niveau de cet organe qui est avec les ganglions trachéo-bronchiques le plus fréquemment atteint.

Etant donné d'un côté cette tendance à la généralisation que l'on pourrait appeler la caractéristique de la tuberculose infantile et d'un autre notre intention de décrire des lésions tuberculeuses localisées aux poumons nous tenons dès maintenant à préciser ce que nous entendons par tuberculose localisée aux poumons.

Loin de nous l'idée de prétendre trouver à l'autopsie d'un jeune enfant des lésions tuberculeuses récentes ou anciennes localisées, avec intégrité parfaite de tous les autres viscères. A l'exemple d'Avi-

ragnet (1) et de beaucoup d'autres nous localiserons la tuberculose aux poumons toutes les fois qu'il y aura prédominance très manifeste des lésions de ces organes, toutes les fois que la gravité des symptômes pulmonaires dominera la scène, toutes les fois enfin que l'intensité de ces manifestations aura entraîné la mort, nous croyant autorisés à considérer les lésions tuberculeuses voisines comme des altérations récentes opposées à l'ancienneté des autres.

Ceci dit, nous reconnâtrons chez l'enfant de même que chez l'adulte, trois formes de tuberculose pulmonaire correspondant aux trois variétés anatomiques du tubercule.

1° La phthisie aiguë granuleuse ou tuberculose miliaire aiguë.

2° La phthisie aiguë pneumonique ou broncho-pneumonique.

3° La phthisie ulcéreuse commune, la tuberculose chronique.

Les deux premières formes évoluent sous des aspects les plus variés, ne permettant bien souvent la constatation de leur véritable nature qu'à l'autopsie, sont d'un diagnostic très délicat et le plus souvent impossible ; aussi ne ferons-nous que les décrire très succinctement d'autant que leur marche, dans la majorité des cas très rapide, et leur terminaison à peu près fatale, ne donne pas au praticien le temps de reconnaître dans la maladie

1. Aviragnet. *De la tub. chez les enfants*. Thèse de Paris, 1892.

qu'il a sous les yeux, les terribles atteintes de la tuberculose.

Enfin et aussi dans ces cas la thérapeutique est malheureusement impuissante.

Plus longuement au contraire nous nous attarderons à l'étude de la troisième forme de la tuberculose pulmonaire chronique, et nous nous promettons de décrire avec soin tous les principaux symptômes, de rechercher avec minutie tous les moindres signes susceptibles de dépister la maladie et d'arriver le plus promptement au diagnostic, assurés que nous sommes à l'avance de pouvoir faire bénéficier dans bien des cas notre petit malade de l'établissement d'un régime et d'un traitement appropriés.

Nous terminerons enfin en tirant des faits exposés ou des observations publiées dans le courant de cette étude, certaines conclusions tendant à prouver une fois de plus : la fréquence relativement plus grande qu'on ne le croit généralement, de la tuberculose pulmonaire du premier âge ; la possibilité relativement grande d'un diagnostic clinique lorsqu'il est recherché avec soin et enfin l'utilité de ce diagnostic dont l'importance est telle que la tuberculose pulmonaire n'est pas fatalement mortelle.

Qu'on nous permette cependant, avant d'entrer dans le cœur même du sujet, autant pour être aussi complet que possible, que pour donner une idée de la fréquence de la maladie et de ses grandes lésions chez l'enfant, un court aperçu historique de la question.

CHAPITRE DEUXIÈME

Fréquence de la tuberculose pulmonaire.

La rareté de la tuberculose chez le tout jeune enfant a été admise et professée pendant longtemps ; mais c'est là une erreur qui est aujourd'hui reconnue par la majorité des médecins qui s'occupent de pathologie infantile et qui l'est tout particulièrement depuis les travaux de M. le Professeur Landouzy (1).

Certains auteurs parmi lesquels nous citerons Papavoine, Rilliet et Barthez, Bouchut, Legendre, Hervieux et d'autres encore, ne croient pas à la fréquence de la tuberculose à cet âge. Trousseau (2), est d'un avis contraire. « La tuberculisation dit-il dans ses cliniques n'est jamais plus fréquente que dans les premières années de la vie... Malheureusement le diagnostic de la tuberculose pulmonaire est bien autrement difficile à établir chez les sujets du jeune âge que chez les autres ». Parrot est d'abord un adversaire de la fréquence au début, mais il ne tarde pas à se convertir.

1. Landouzy : *In. bull. de la Soc. méd. des hôp.* 1886, et travaux communiqués au Congrès pour l'étude de la tub. 1888-91.

2. Trousseau : *Clin. méd. de l'Hôtel-Dieu*, 2^e édit., t. 3, p. 597.

Enfin, pour fixer les idées et rendre compte de cette fréquence, citons quelques chiffres.

A l'étranger, nous trouvons les statistiques de Boltz, Frœbelius et Schwer. C'est ainsi que Frœbelius (1) nous apprend que sur les 18.569 enfants morts à l'hôpital des enfants à Saint-Pétersbourg en dix ans, il n'a pu trouver que 416 tuberculeux, ce qui représente un taux de 0,4 pour 100.

Pour Schwer (2), la tuberculose n'existe pas dans les premières semaines de la vie, mais elle augmente rapidement à partir du quatrième mois et s'observe 17 fois sur 100 de 6 mois à un an, et 26 fois sur cent de un à deux ans.

En France nous trouvons les statistiques non moins intéressantes et approchant à coup sûr plus près de la réalité des faits, de Grancher, Hutinel, Landouzy et de leurs élèves. A M. le professeur Landouzy (3) revient l'honneur d'avoir le premier établi la notion de la fréquence de la tuberculose chez les jeunes enfants, qui prétend l'avoir rencontrée dans 1/3 des autopsies d'enfants au-dessous de deux ans. Queyrat (4) dans sa thèse inaugurale arrive aux mêmes résultats. Hutinel en 1890 sur 102 autopsies d'enfants âgés de moins d'un an trouve

1. Frœbelius : *Art. in Jarh. für Kinder*, t. XXIV 1886, fasc. 1, 2.

2. Schwer : *Inaug. Dissert. In Allge. méd. Zeit*, n° 6, 1886.

3. Landouzy. *Soc. méd. des hôp.*, 1886. *Rev. de méd.*, 1886. *Congrès pour l'étude de la tub.*, 1888.

4. Queyrat. *Contrib. à l'étude de la tub. du 1^{er} âge*. Thèse Paris, 1886.

4 cas de tuberculose, mais de un à deux ans $1/3$ des enfants présentent des lésions tuberculeuses. Plus récemment Comby (1) apporte la statistique de l'hôpital des Enfants malades de 1897 et 1898. Sur 72 autopsies de 1 à 3 mois, pas un seul. Elle monte à 7.50 pour 100 de 3 à 6 mois, dépasse 22 pour 100 de 6 à 12 mois et approche de 38 pour 100 de 1 à 2 ans. Haushalter de Nancy confirme ces faits dans le même congrès.

Mais toutes ces statistiques ne visant que la tuberculose généralisée et ne reposant que sur le résultat d'autopsies d'enfants succombés au progrès de la maladie et chez lesquels on a par conséquent trouvé que des lésions disséminées un peu partout, il est bien difficile et même impossible d'établir par des chiffres la fréquence de la tuberculose pulmonaire localisée au sens que nous lui avons assigné dans un chapitre précédent. Ce que nous savons c'est que dans toutes ces statistiques les lésions étaient constantes au poumon et le plus souvent prédominantes à ce niveau. Sont-ce ces lésions qui ont entraîné la mort ou qui tout au moins à un moment donné ont dominé la scène pendant la maladie? C'est fort probable pour beaucoup de cas : enfin le chiffre bien qu'élevé des statistiques publiées plus haut donne-t-il la note exacte de la fréquence de la tuberculose pendant les deux premières années de la vie? Si

1. Comby. *Congrès de Montpellier*, 1898.

l'autopsie avait été faite toutes les fois que la maladie a été soupçonnée le pourcentage n'eût-il pas été plus élevé? C'est ce qu'il nous est permis de croire.

Et maintenant la tuberculose est-elle si introuvable dans les premiers mois de la vie? Combien nous pourrions citer d'observations tendant à prouver que ce dire est peut-être prématuré, et dont la liste tend à s'accroître tous les jours. Nous n'entreprendrons pas cette tâche qui nous entraînerait trop loin, nous nous contenterons de nous arrêter quelques instants aux grandes lésions cavitaires que l'on rencontre parfois chez ces bébés. Dans quelle proportion s'observent-elles? M. Comby nous dit en avoir trouvé 7 fois sur 21 nourrissons phthisiques dont il a fait l'autopsie c'est-à-dire une fois sur trois. Récemment un de ses élèves (1) a publié une série de 24 observations recueillies dans son service relatives à des enfants de 3 mois à 2 ans morts de la tuberculose pulmonaire et à l'autopsie desquels il a trouvé 5 fois des cavernes et 8 fois des foyers caséeux du poumon. Ces cavernes, uniques dans certains cas, multiples dans d'autres siègent au sommet, à la partie moyenne ou même à la base des poumons.

Comme on le voit ces observations sont édifiantes à deux points de vue à savoir dans un premier que la

1. Constantinowitch. *Essai sur la tub. de la 1^{re} enfance*, Paris, 1899.

phthisie ulcéreuse peut être extrêmement précoce ;
et dans un second que la tuberculose des poumons
chez le jeune enfant a une marche galopante inusitée
chez l'adulte.

CHAPITRE TROISIÈME

Formes aiguës de la tuberculose pulmonaire.

La tuberculose pulmonaire aiguë se manifeste comme nous le savons déjà, sous deux formes.

1° La phtisie aiguë granuleuse ou tuberculose miliaire aiguë.

2° La phtisie aiguë pneumonique ou broncho-pneumonique.

La première se caractérise par la présence de nombreuses granulations miliaires dans les poumons, granulations saillantes, demi-transparentes, du volume d'une tête d'épingle en même temps qu'on en trouve dans la plupart des autres organes : aussi le tableau clinique de cette affection varie-t-il suivant que les lésions dominant au poumon ou sont généralisées à tous les organes à la fois. Dans ce dernier cas la marche revêt les allures d'une maladie infectieuse générale, les phénomènes généraux dominant la situation au préjudice des signes locaux et la maladie revêt l'aspect de la fièvre typhoïde ou de la typho-bacillose (Landouzy).

Nous ne nous étendrons naturellement pas sur cette variété de tuberculose qui ne se cantonne pas plus spécialement aux poumons qu'aux autres vis-

cères, afin de demeurer autant que possible dans les limites que nous avons assignées à notre programme.

Lorsque les granulations tuberculeuses sont au contraire prédominantes au niveau de l'appareil respiratoire, les symptômes sont ceux d'une inflammation banale des bronches et du poumon et la granulie peut ainsi prendre l'apparence d'une broncho-pneumonie ou d'une bronchite capillaire voire même d'une bronchite simple d'avec lesquelles il sera souvent fort difficile de la différencier. Toutefois en tenant compte des antécédents du petit malade qui est souvent amaigri, parfois cachectique, qui aura eu à plusieurs reprises des bronchites, qui sera à la période de convalescence d'une rougeole ou d'une coqueluche, qui depuis quelques jours tousse un peu, est légèrement dyspnéique et fébricitant; en tenant compte encore des phénomènes généraux, de la marche de la température qui se fera par poussées successives et d'une façon irrégulière, de la petitesse du pouls, qui se trouvera bien moins en rapport avec l'intensité de la fièvre, qu'avec le degré de la dyspnée, laquelle sera elle-même peu proportionnée aux signes stéthoscopiques; enfin en procédant à un examen minutieux du malade, il ne sera pas toujours impossible de reconnaître la nature du mal. C'est ainsi que l'auscultation nous révélant la présence d'un souffle et des râles sous-crépitaux beaucoup plus fixes que dans la broncho-pneumonie, d'une bronchite localisée à un seul poumon, fera pencher

notre diagnostic en faveur de la tuberculose. C'est encore par l'auscultation que nous apprendrons en présence d'une dyspnée intense, l'absence de tout signe stéthoscopique alors que nous nous croyions en face d'une bronchite capillaire, auquel cas nous aurions trouvé toute la poitrine pleine de râles. Enfin c'est toujours l'auscultation qui facilitera dans certains cas notre diagnostic en nous révélant au sommet des poumons une induration pulmonaire tuberculeuse.

La rate pourra être augmentée de volume. L'évolution de la maladie est, comme nous l'avons déjà dit, très rapide ; elle tue l'enfant par asphyxie en huit à dix jours et souvent moins.

La phtisie aiguë pneumonique ou broncho-pneumonique est plus localisée aux poumons que la précédente et souvent même à un seul dont un des lobes est transformé partiellement ou en totalité en une masse caséuse jaune grisâtre.

C'est là une manière d'être fréquente à la tuberculose aiguë et la relation intime qui existe entre la tuberculose et certaines broncho-pneumonies simples et même simples en apparence a depuis longtemps frappé la sagacité des observateurs.

A l'étranger Frœbelius (1) n'a-t-il pas fait la remarque que la pneumonie catarrhale est l'affection qui d'après ses observations a le plus d'influence sur l'apparition et le développement de la tuberculose ?

1. Frœbelius. *Loc. cit.*

Queyrat (1), dans une thèse très documentée ne veut prouver rien autre chose et met bien en évidence cette relation : « La broncho-pneumonie se-
« rait, dit-il, le stade initial de la tuberculose pul-
« monaire; une lésion d'irritation produite par la
« pénétration du bacille dans l'appareil broncho-
« pulmonaire ».

Et même il ajoute, se basant sur une expérimentation personnelle et des observations de Cornil et Babès (2) et de Thaon (3), que : « dans certains cas à
« la suite de rougeole par exemple, la broncho-pneu-
« monie évolue si rapidement et d'une façon si inten-
« se que la lésion tuberculeuse n'a pas eu le temps de
« s'organiser, que rien à l'autopsie ne peut faire pen-
« ser à des tubercules, et que dans ces cas cepen-
« dant, on trouve des bacilles en quantité considé-
« rable. Ces faits tendraient donc à prouver qu'on
« est en droit de considérer beaucoup de broncho-
« pneumonies (du premier âge bien entendu) com-
« me de simples manières d'être de la tuberculose
« pulmonaire ». Landouzy n'allait-il pas plus loin lorsqu'il disait que toute broncho-pneumonie qui ne fait pas sa preuve (corps étranger des voies aériennes, rougeole, diphtérie, etc..) « n'est qu'une
« monnaie de tuberculose et que beaucoup de bron-

1. Queyrat. *Contribut. à l'étude de la tub. du premier-âge*, Paris, 1886.

2. *Ouvrage de Cornil et Babès*, p. 613.

3. Thaon. *Méd. de méd.*, 10 décembre 1895.

« cho-pneumonies étiquetées, broncho-pneumonies
« a frigore suites de bronchite et de rougeole, ne
« reconnaissent souvent d'autre origine, ne sont
« qu'une monnaie de tuberculose ».

Plus tard lorsque le rôle joué par le pneumocoque et le staphylocoque fut bien connu, toutes ces théories semblèrent devoir disparaître, du moins en partie, mais furent en tous cas vigoureusement combattues par Aviragnet dans son excellente thèse sur la tuberculose chez les enfants (1). Sans nier par exemple la possibilité de broncho-pneumonies dites rubéoliques de nature tuberculeuse, ce qui serait la rarissime exception, il tend au contraire à rejeter les lésions sur le compte du pneumocoque et du staphylocoque. Il s'appuie pour soutenir ses dires d'abord sur la forme que présentent les lésions (hépatisation) et sur ce qu'il n'a pas trouvé de bacilles dans le parenchyme pulmonaire d'enfants morts de broncho-pneumonies consécutives à la rougeole, bien que présentant des ganglions bronchiques tuberculeux, hypertrophiés et caséeux, et il conclut en disant: « que la généralisation tuberculeuse se ferait
« après la broncho-pneumonie rubéolique laquelle
« se serait faite exceptionnellement en même temps
« dans les cas de Queyrat, Landouzy, Thaon, Cornil et Babès. Et il ajoute que le bacille de la
« tuberculose est incapable de transformer le pou-
« mon en un bloc d'hépatisation, ce qui serait l'œu-

1. Aviragnet. *De la tub. chez les enfants*. Thèse de Paris 1892.

« vre du streptocoque ou de tout autre microbe ».

Dans le cas où la broncho-pneumonie évolue à la suite d'une rougeole sans lésion tuberculeuse d'aucune sorte, il est évident que le rôle revient logiquement au pneumocoque et au staphylocoque. Mais de ce qu'on ne trouve pas le bacille de la tuberculose à l'autopsie d'enfants morts de broncho-pneumonies rubéoliques en présence de ganglions bronchiques, tuberculeux et caséeux, peut-on rejeter la nature tuberculeuse de la maladie? Evidemment non. Car nous savons aujourd'hui depuis les travaux de Frankel et Troje (1), de Strauss (2), venant confirmer ceux déjà entrepris par Grancher et Hutinel que le bacille tuberculeux ou ses produits de sécrétion peuvent à eux seuls constituer le processus pneumonique dans lequel même les microbes étrangers n'interviennent qu'à titre d'éléments surajoutés venant compliquer ou modifier le processus primitivement tuberculeux et non comme des agents nécessaires de la production des lésions. Nous reviendrons donc un instant à la théorie de Landouzy et nous dirons avec lui qu'il faut se méfier des broncho-pneumonies qui ne font pas leurs preuves. Elles sont le résultat de la réaction du poumon qu'envahit le bacille tuberculeux et même il est à faire une réserve pour la broncho-pneumonie dite rubéolique si souvent démontrée bacillaire.

1. Fränkel et Troje. *Ueb. die pneum. Form der acut. Lung. Zect. f. Klin. med.*, 1894.

2. Strauss. *La Tuberculose et son bacille.*

Passons maintenant très rapidement en revue les principaux signes qui permettront de reconnaître la tuberculose sous les apparences d'une broncho-pneumonie et dont le diagnostic sera le plus souvent fort difficile. Nous ne parlerons pas de la pneumonie tuberculeuse dont la rareté est très grande de l'aveu même de Rilliet et Barthez qui ne l'ont jamais rencontrée dans la première enfance.

La broncho-pneumonie tuberculeuse au contraire, très fréquente chez les tout jeunes enfants a été très bien décrite par Cadet de Gassicourt. Sans nous attarder à l'étude de ses symptômes, nous mettrons simplement en évidence ceux de ces symptômes qui permettent de la différencier de la broncho-pneumonie aiguë franche. Comme le dit Cadet de Gassicourt (*et c'est une remarque générale que nous pourrions faire au sujet du diagnostic de la tuberculose pulmonaire sous quelque forme qu'elle se présente au premier âge*) ce n'est pas tant la tuberculose localisée qu'il faut savoir discerner, ce qui est en effet bien souvent impossible, c'est surtout la tuberculose elle-même. L'étude des antécédents héréditaires de l'enfant, celle de son entourage au point de vue de la contagion, mais surtout son histoire personnelle sont importantes à connaître.

On recherchera avec soin l'existence de bronchites antérieures souvent traînantes d'une rougeole ou d'une coqueluche depuis laquelle l'enfant « ne s'est jamais bien porté » ; on aura déjà acquis de la sorte certains doutes sur la nature de la maladie.

L'examen de tous les organes pourra nous faire découvrir la trace de la tuberculose (adénite scrofuleuse, gommes cutanées, mal de Pott, tumeurs blanches, etc...) ;

La constatation des signes physiques, (adénopathies trachéo-bronchiques, ou engorgement des ganglions sus-claviculaires et axillaires, splénomégalie, hypertrophie du foie, sécheresse de la peau, développement du système pileux, etc...) nous fera incliner vers l'idée de tuberculose.

L'esprit déjà fortement mis en éveil, nous remarquerons que la maladie s'annonce d'une façon plus lente et plus insidieuse, avec une fièvre généralement moins élevée, des signes stéthoscopiques moins prononcés mais plus fixés et plus persistants que dans la broncho-pneumonie aiguë simple, en même temps que leur aggravation graduelle.

La température ne tombera pas brusquement du septième au neuvième jour comme on l'observe en dehors de la tuberculose ; la défervescence se fera d'une façon irrégulière avec des ascensions thermiques correspondant à des poussées congestives du côté des poumons. La dyspnée sera également plus accentuée que dans la broncho-pneumonie simple et les cinquante ou soixante inspirations que l'on pourra compter par minute, ne correspondront pas au petit foyer d'auscultation malade. La fièvre restera moins élevée et la courbe thermique ne sera pas aussi régulière. On remarquera souvent le désaccord qui existe entre le pouls et la température.

Enfin la localisation au sommet comme le fait observer Queyrat (mais ceci est douteux) l'apparition de sueurs en même temps qu'à l'auscultation on perçoit un souffle, des râles cavernuleux, voire même du gargouillement sans qu'il existe pour cela des cavernes, le tout accompagné d'un amaigrissement progressif rendront fort probable le diagnostic de broncho-pneumonie tuberculeuse. Avec les progrès de la cachexie apparaissent la diarrhée et les vomissements, la face devient bouffie et cytosée ; et la mort arrive au bout de quatre à six semaines.

Ce diagnostic serait-il donc si impossible? Queyrat (1) nous dit que sur les onze observations qui font l'objet de sa thèse, sept fois le diagnostic de broncho-pneumonie tuberculeuse avait été porté pendant la maladie et confirmé à l'autopsie, deux fois il n'avait été que soupçonné et deux fois il n'avait pas été fait.

Aviragnet (2) affirme également que sur quatre cas observés d'enfants morts de broncho-pneumonie tuberculeuse, le diagnostic confirmé à l'autopsie avait été fait dans les quatre cas.

En sera-t-il toujours de même? Nous n'oserions être aussi affirmatif.

1. Queyrat. *Loc. cit.*

2. Aviragnet. *Loc. cit.*

CHAPITRE QUATRIÈME

Tuberculose pulmonaire chronique.

De toutes les tuberculoses localisées la tuberculose pulmonaire chronique est celle qui s'observe à coup sûr le plus rarement chez l'enfant et ce fait trouve son explication dans la grande tendance à la généralisation qu'a la tuberculose à cet âge peu avancé de la vie. La forme aiguë au contraire est l'expression la plus courante et la plus typique de ces sortes de tuberculose. En l'étudiant au chapitre précédent, nous avons énuméré les divers aspects sous lesquels elle se présentait et nous avons dit qu'elle se terminait presque fatalement par la mort. Toutefois on observe des cas, et ce ne sont pas ceux qui au premier abord présentent le moins de gravité ou après quelques jours d'une phase aiguë caractérisant l'apparition des premiers tubercules, les phénomènes inflammatoires s'amendent et disparaissent même en partie pour laisser le champ libre aux lésions bacillaires qui évolueront désormais à la façon des tuberculoses chroniques de l'adulte; mais le poumon ne réagit pas toujours de la même façon à son envahissement par le bacille; on observe plus

souvent des enfants entrer d'emblée dans la tuberculose chronique à la suite d'une pleurésie avec épanchement, mais sans grand retentissement ou mieux sans avoir jamais présenté de phase aiguë d'aucune sorte.

Il existe donc bien une tuberculose pulmonaire chronique chez l'enfant et on ne saurait le nier ; mais ce qu'on ne sait généralement pas assez c'est que cette affection, bien que rare, n'est cependant pas si exceptionnelle qu'on a de tendance à le croire : si on ne la rencontre pas plus souvent dans tous les cas où elle existe, cela tient peut-être à ce que, étant donné sa rareté, on ne la recherche pas avec assez de soin ; cela tient évidemment aussi à ce que étant donné le peu de renseignements fournis par l'auscultation et le peu de valeur que l'on doit accorder aux signes stéthoscopiques, on passe souvent à côté sans même la soupçonner. Aussi Comby (1) dans son *Traité des maladies de l'enfance* nous dit-il très judicieusement : « Dans la phtisie pulmonaire des enfants en bas âge, l'auscultation est d'un « faible secours, les minutes stéthoscopiques ne « rendent aucun service ; des lésions énormes donnent peu de signes, des lésions fugaces insignifiantes font grand tapage ; on serait complètement dérouté si l'on ne tenait compte de tout l'en-semble symptomatique et si l'on ne faisait appel à tous les éléments d'information possibles ».

1. Comby. *Traité des maladies de l'enfance*.

Ce sont donc ces éléments d'information que nous allons passer en revue avec soin dans le courant de ce chapitre; ce sont ces éléments de tous ordres à la recherche desquels on doit s'acharner dans l'examen d'un petit malade et qui, par leur réunion chez un même sujet et leur adjonction aux signes fournis par l'auscultation, nous permettront de pouvoir affirmer la tuberculose pulmonaire dans la majorité des cas.

Bien que le vieil adage hippocratique *A phthisicus a phthisico* n'ait plus aujourd'hui la même valeur qu'on lui accordait dans les temps, puisqu'il est démontré qu'on ne naît pas tuberculeux, il est cependant indispensable de rechercher par un interrogatoire sévère les antécédents héréditaires du malade. Après s'être enquis du milieu dans lequel il a vécu, de l'état de son entourage au point de vue de la contagion, on fouillera dans son passé qui bien souvent nous révélera l'existence de bronchites anciennes mal guéries, d'une coqueluche ou d'une rougeole qui aura de l'aveu des parents toujours laissé l'empreinte de son passage, d'une fièvre typhoïde, ou d'une fièvre muqueuse dont nous serons autorisé à suspecter la nature.

Cette première question élucidée, on procédera à l'examen sévère du bébé : tout d'abord, ce qui nous frappera, c'est son attitude particulière ; il sera plus tranquille que les enfants de son âge ; il sera plutôt triste, taciturne même, ne manifestera sa joie ou sa douleur ni par des cris, ni par des pleurs ; enfin,

il se laissera très facilement examiner. De plus, il se présentera à nous avec un habitus extérieur en quelque sorte caractéristique : les yeux grands, les pupilles dilatées et voilées par de longs cils, les cheveux longs et soyeux offrent souvent cette coloration d'un blond vénitien sur laquelle Landouzy a depuis longtemps attiré l'attention. La peau pâle et fine est parcourue à sa surface par des veines saillantes; elle est sèche et écailleuse, quelquefois fendillée, revêtant un aspect ichtyosique; couverte de plis par suite de la fonte du tissu graisseux, elle paraît trop grande pour contenir les muscles qu'elle renferme. Les ongles poussent mal, sont fendillés et comme craquelés.

La dernière phalange des doigts subit une déformation donnant aux doigts un aspect particulier désigné sous le nom de doigt hippocratique. Le système pileux prend chez ces enfants un développement intense qui n'a pas échappé à l'attention des observateurs qui lui ont consacré la formule connue de tous « *puer pilosus puer tabidus* » ; les régions d'ordinaire les plus glabres se recouvrent de poils qui affectent cependant certains sièges de prédilection : c'est ainsi qu'on en rencontre en quantité sur les membres, à la face externe des bras, à la partie supérieure des cuisses, à la face externe des mollets et sur le dos dans la région inter-scapulaire.

Le teint est pâle, la maigreur est très accentuée ; la disparition du pannicule adipeux laisse la physionomie se couvrir de rides surtout sur le front,

Les os de la face, les maxillaires, les arcades zygomatiques sont proéminants ; les yeux sont enfoncés dans leur orbite ; la bouche est agrandie tous ces traits donnant à l'enfant l'apparence d'un petit vieux.

Les os du crâne sont mal soudés, les fontanelles persistent, les pariétaux chevauchent l'un sur l'autre. Le ventre est très développé, comme ascitique, et à sa surface se dessine un lacs de veines bleuâtres.

Souvent à la palpation, on sent sous la peau, des petites nodosités dures que Widerhofer considère comme des indurations lymphatiques se rencontrant au cas de tuberculose mésentérique et intestinale. En général le ventre est mou, dépressible et indolent et à la percussion il présente un tympanisme accentué dans toute son étendue. Le thorax est évasé à la base, étroit et rétréci en haut. Les côtes font saillie sous la peau amaigrie. Les membres sont grêles, peu développés, et paraissent atrophiés. Les amyotrophies signalées par plusieurs auteurs sont délicates à observer chez l'enfant, Hutinel cependant signale l'atrophie des muscles intercostaux.

Tel est l'aspect extérieur que nous remarquerons chez le petit tuberculeux soumis à notre examen et qui nous fera songer de suite à la nature possible de la maladie. Lancé désormais sur cette piste, avant même de songer à ausculter l'enfant bien qu'en général il nous soit amené parce qu'il tousse, nous examinerons son système lymphatique. Nous connaissons en effet la très grande activité des ganglions

lymphatiques surtout dans le jeune âge, lesquels réagissent aux moindres infections.

Cette sensibilité toute particulière de ces organes à l'envahissement par des germes pathogènes, nous fera rechercher de suite leur état et pour la même raison, ne nous fera pas exagérer l'importance de leur engorgement dont la généralisation constitue la polyadénite. Cette polyadénite fut de la part de Legroux (1) l'objet d'une étude approfondie. Pour lui ce serait un signe presque certain de tuberculose chez les enfants qui en seraient porteurs ; elle est pour lui l'indice d'une imprégnation bacillaire, une manifestation primitive de la tuberculose, et serait d'un grand secours dans le diagnostic précoce de cette maladie.

Mais depuis cette époque les travaux d'Hutinel, de Mirinesco, de Potier, de Sanchez Toledo, de Pascal et de Marfan sont venus compléter et élucider cette question délicate. Hutinel et Mirinesco (2) l'étudient chez des sujets tuberculeux et concluent en faveur de leur origine tuberculeuse lorsqu'elle ne s'explique par aucune lésion. Pascal, dans sa thèse sur la polyadénite primitive (3) adopte la même manière de voir et admet avec Lesage une forme de tuberculose portant exclusivement sur le système lymphatique ganglionnaire, une tuberculose lymphatique primitive pouvant, isolée de toute lésion

1. Legroux. *Congrès pour l'étude de la tub.*, 1^{re} session, 1^{er} fasc.

2. Mirinesco. Thèse de Paris 1890.

3. Pascal. *Polyad. primit.* Thèse Paris, 1892.

viscérale, évoluer seule et pour son propre compte comme la tuberculose des poumons, des méninges etc...

Dans une thèse sur l'adénopathie tuberculeuse de l'aisselle, Sanchez Toledo (1) démontre les rapports étroits qui unissent ces adénopathies avec la tuberculose pleuro-pulmonaire. Bulius (2) n'attache pas une aussi grande importance à la présence des ganglions périphériques à moins qu'ils n'atteignent un développement exagéré. « Cependant il considère
« comme suspect le gonflement des glandes supra-
« claviculaires surtout lorsque les glandes de la
« nuque ou du cou sont intactes ou petites, auquel
« cas une infection à point de départ pulmonaire
« est vraisemblable ».

Eh bien nous croyons en effet avec tous ces auteurs que la micropolyadémitte généralisée se rencontre en effet chez la plus grande partie des enfants tuberculeux et qu'elle doit occuper une place importante dans la séméiologie de la tuberculose infantile. Mais à côté de cela nous devons mentionner l'opinion de M. Comby qui se refuse à lui accorder autant de valeur ; et les résultats négatifs au point de vue du bacille de Koch des expériences entreprises par Marfan, Marot et par Pothier (3) avec l'en-

1. Sanchez Toledo. *Rap. de l'adénop. tub. de l'aisselle avec tub. pulm.* 1888.

2. Bulius *Doc. sur la clin. et le diag. de la tub. dans les 1^{res} années de la vie John f. Kind*, mars 1899.

3. Pothier. *Thèse de Paris*, 1895.

semencement et l'inoculation de ces ganglions ; mais aussi ces auteurs et c'est là un point capital, n'ont-ils pas trouvé de lésions tuberculeuses à l'autopsie de ces petits malades. Nous tenons à répéter que nous ne nous exagérons en rien l'importance de cette constatation, car nous savons en effet qu'on la rencontre encore dans de nombreuses affections, dans la syphilis par exemple, quelquefois même à la suite de simples piqûres d'insectes. Marfan et Bernard (1) la considèrent comme un symptôme presque constant dans la rougeole : Tout cela ne saurait prouver qu'une chose c'est que la polyadénite n'est pas un signe de certitude mais seulement un signe de présomption, lequel isolé ne prouver rien mais qui sur le même sujet, joint à d'autres signes de la même valeur, arrive à constituer une presque certitude en faveur de la tuberculose. On ne se contentera pas de l'examen des ganglions superficiels, on recherchera l'état des ganglions du médiastin ; en cas d'adénopathie comprimant les veines caves, on remarquera un lacis veineux sur le thorax et la dilatation des veines du cou. La tachycardie d'observation courante, pourra reconnaître une origine analogue.

En poursuivant notre examen nous pourrions encore découvrir des lésions articulaires qui dans les cas douteux, aideront au diagnostic : par exemple

1. Bernard. *La roug. aux enf. mal.* en 1896. *Soc. méd des hôp.*, 1897.

des ostéo-arthrites hypertrophiantes dites pneumiques surtout au niveau des phalanges ; quelquefois d'autres lésions osseuses spécifiques telles que spina ventosa, mal de Pott. Ce pourra être encore une lésion cutanée : une gomme, un lupus, etc. Mais suivant M. Marfan (1) ces sortes de lésions locales coïncideraient rarement avec la tuberculose pulmonaire et créeraient à son égard une sorte d'immunité : on en a cependant observé des cas et tout récemment Bertheraud (2) en cite quelques observations.

Par contre une tuberculose testiculaire serait une précieuse constatation lorsqu'elle coïnciderait avec des lésions suspectes du poumon. Il en sera de même des affections cutanées dues à des infections secondaires se présentant sous forme d'abcès froids sans grande réaction thermique et sans grande réaction locale, qui se rencontrent très fréquemment. Hutinel, Marfan, Labbé en citent de nombreux exemples, que ces abcès soient des abcès froids proprement dits ou des abcès à staphylocoques, ce qu'il n'est pas toujours aisé de dire.

L'otite moyenne dont la fréquence chez les enfants du premier âge est connue de tous paraît se produire avec une fréquence plus grande chez les bébés tuberculeux : Bertheraud (3) en signale encore

1. Marfan. *Sem. Méd.* 1892, p. 427.

2. Bertheraud. *Diag. de la tub. pulm. du 1^{er} âge*, 1899. Thèse de Paris.

3. Bertheraud. *Loc. cit.*

quelques cas ; et toutes les fois qu'on la rencontrera on sera autorisé à rechercher la tuberculose.

Il existe encore un autre signe dans le diagnostic de cette affection, d'une importance incontestable croyons-nous, et sur lequel nous désirons attirer d'autant plus vivement l'attention, qu'il n'est signalé que de loin en loin et qu'il passe le plus souvent inaperçu : Nous voulons parler de l'érosion dentaire. Le Dr G. Petit a publié à ce sujet (1) un travail des plus intéressants que nous nous empressons de résumer ici brièvement et qui repose sur une série d'observations relatives à des enfants de 5 à 16 ans. Bien qu'il n'ait pu rencontrer au-dessous de 5 ans le type clinique de l'érosion dentaire qu'il décrit, il n'en convient pas moins que l'érosion dentaire est aussi fréquente sur les dents de la première dentition que sur celles de la seconde et ses conclusions ne sauraient différer dans les deux cas. Sur les 100 enfants qui constituent ces observations 63 étaient atteints de tuberculose pulmonaire ; 12 étaient atteints de tuberculose osseuse et 25 étaient simplement des héréditaires, de ceux que l'on désigne communément par l'épithète « candidats » et qui médicalement pouvaient être classés dans les anémiques et les strumeux.

« La co-existence de l'érosion et de la tuberculose dans nos cent observations, nous dit-il, nous conduit à considérer l'érosion comme, sinon un

1. Petit, *Journ. la Tub. Infantile*, Juillet 1898.

« signe affirmatif de tuberculose, mais tout au moins
« chez les enfants, un symptôme important qui doit
« entrer en ligne de compte dans le diagnostic pré-
« coce de la tuberculose ; elle doit être considérée
« comme un signe complémentaire et positif de
« tuberculose ». L'érosion siège le plus souvent sur
les canines et l'érosion cuspidienne est le type ordi-
naire, en général. c'est à l'extrême pointe qu'on la
rencontre et la dent semble émoussée ou tronquée.
Quelquefois quand il s'agit d'une canine la dent se
présente comme un cône ce qui est probablement
dû à ce que l'extrémité libre s'est fracturée au niveau
d'un sillon circulaire que l'on peut constater sou-
vent et qui semble séparer la pointe du corps de la
dent. Ce signe a été d'ailleurs très bien décrit par
M. Maire (1).

L'étiologie de l'érosion dentaire a été diverse-
ment interprétée, et sans nous étendre sur les diffé-
rentes théories émises à ce sujet, nous nous range-
rons à l'exemple du Dr Petit, à l'avis de M. Maire
qui considère toutes ces théories comme trop ex-
clusives et d'après lequel il est un fait bien évident
« c'est que l'érosion ne se manifestant pas à une
« seule dent mais à plusieurs et symétriquement ne
« peut dépendre que d'une cause constitutionnelle ;
« Elle est le résultat d'une affection générale déter-
« minant un arrêt dans la calcification des tissus
« dentaires ».

1. Maire. *De l'érosion dentaire*. Thèse de Paris, 1898.

M. Julien Tellier (1) dans un récent congrès se rattache à cette opinion mais fait jouer un rôle trop exclusif, au rachitisme qu'il semble considérer comme la seule diathèse susceptible de provoquer l'érosion dans la majorité des cas.

M. Bouchard en fait une maladie par ralentissement de la nutrition, c'est le défaut d'absorption du phosphate de chaux nécessaire à la formation des os ; c'est en un mot un trouble de calcification des tissus osseux.

« Pour ma part, dit le Dr Petit, je pense que la
« théorie de M. Bouchard est seule admissible, et ne
« veut voir dans le rachitisme que le ralentissement de
« la nutrition ce en quoi le rachitisme, et la tubercu-
« lose se rapprochent sensiblement. Le retard dans la
« calcification des tissus osseux n'est que la consé-
« quence de la dénutrition générale. J'ai trouvé la preuve
« absolue de cette idée dans la divergence d'opinion
« des auteurs qui ont étudié cette question ; les uns
« considèrent que le rachitisme influe d'une façon
« évidente sur l'érosion des dents et sur leur struc-
« ture intime, les autres nient absolument cette in-
« fluence. M. Comby dont l'affirmation fait autorité
« en pareille matière dit que l'érosion est excep-
« tionnelle chez les rachitiques. Il me semble qu'il
« y aurait là place à des recherches nouvelles des-
« tinées à éclairer les points obscurs et à fixer exac-
« tement ce qui appartient au rachitisme ou à la tu-
« berculose.

1. Tellier. *Congrès de Lyon*, 1898.

« Je pense comme M. Comby que l'érosion dentaire est exceptionnelle chez les rachitiques
« chez lesquels malgré des recherches persévérantes
« et méticuleuses, sur un nombre considérable de
« sujets je ne l'ai jamais rencontrée. En revanche
« (et c'est là sa conclusion) je dois dire que chez les
« enfants tuberculeux elle est fréquente et j'ajouterais
« que sa présence chez un sujet jeune anémié,
« débilité, scrofuleux, strumeux ou rachitique doit
« éveiller l'attention de l'observateur et l'obliger à
« rechercher avec soin s'il n'existe pas de symptôme
« susceptible de faire porter le diagnostic de tuberculose.
« C'est ce diagnostic précoce de la tuberculose
« qui nous a souvent amené à faire l'examen
« minutieux et méthodique d'enfants qui eussent pu
« à première vue et par une observation superficielle
« n'être considérés que comme des strumeux ou des
« rachitiques. Chez ces malades le symptôme érosion
« avait mis notre attention en éveil ».

A côté des troubles trophiques dont nous parlions plus haut (développement exagéré du système pileux, état ichtyosique et de sécheresse de la peau, etc.) il existe aussi des troubles vaso-moteurs caractéristiques ; on observe en effet nombre de cas où les petits tuberculeux ont une hypersécrétion sudorale des plus marquées, des sueurs profuses comme les phthisiques adultes, du refroidissement des extrémités.

Enfin il existe encore chez eux des troubles circulatoires se traduisant surtout par la tachycardie

et une accélération correspondante du pouls dont le nombre des pulsations monte à 130 et 150 par minute, la température restant absolument normale car la fièvre est loin d'être constante ; souvent en effet la maladie évolue d'une façon apyrétique. La face et les extrémités se cyanosent tout particulièrement et surtout à la fin de la maladie ; l'œdème des membres inférieurs s'observe quelquefois comme l'a constaté Bulius.

Chez l'enfant tuberculeux l'appétit est bien souvent conservé, parfois même augmenté, naturellement au début de la maladie, car à une période avancée les fonctions digestives sont troublées tout comme chez l'adulte. Mais, fait digne de remarque, bien que gloutons ils n'augmentent guère de poids ; et la courbe de leur poids est même intéressante à suivre : elle présente des oscillations assez régulières d'accroissement et de décroissement, correspondant sans doute à des poussées congestives de la maladie et pouvant se figurer par une courbe à grandes ondes. Nous croyons même qu'il y aurait à ce sujet une intéressante étude à faire et qui pourrait rendre de véritables services.

Chez l'adulte, il est fréquent d'observer des complications infectieuses du côté des veines ; chez l'enfant au contraire les phlébites sont plus rares. Griffon en a publié l'année dernière un cas chez un nourrisson de six mois (1). L'autopsie permit de

1. Griffon. *Soc. anatom.* Séance du 16 décembre 1898.

constater une phlébite oblitérante de la veine cave inférieure consécutive à une tuberculose cavitaire diagnostiquée comme telle à l'examen du petit malade.

Bien que rares au-dessous de dix ans et tout particulièrement dans la première enfance, les hémoptysies se rencontrent cependant quelquefois chez ces derniers. Mantel (1) a même appelé l'attention sur ces hémoptysies de la première enfance. Elles peuvent être latentes, dissimulées, l'enfant déglutissant le sang comme les crachats ordinaires et pouvant avoir alors une fausse hématomèse ou un faux mœlena. Parmi les observations de Mantel on trouve des enfants de 4, 7 mois et plusieurs autres de moins de deux ans.

L'examen du foie et de la rate nous fournit un symptôme d'une réelle valeur. Quand on voit en effet ces organes prendre un développement considérable, quand surtout on voit la rate dépasser les fausses côtes, quand on la sent nettement dans l'abdomen, on peut presque affirmer la tuberculose. Mais il ne faut pas non plus oublier que cette hypertrophie de la rate se rencontre dans nombre d'infections, son volume atteignant rarement il est vrai celui qu'il atteint dans la tuberculose. On l'observe encore avec hépatomégalie dans la syphilis héréditaire, auquel cas il faudra rechercher avec soin les

1. Mantel. *Progrès Méd.*, 1887.

autres signes qui l'accompagnent : coryza, fissure des lèvres et des plis de l'anus, etc.

Bertherand(1) prétend que l'albumine en grande quantité dans les urines doit écarter dans les cas douteux toute idée de tuberculose ; mais qu'il a trouvé par contre l'indican en quantité notable dans les urines des malades qui font le sujet de ses observations. Est-ce un signe ? « Les idées sont là-dessus « très partagées ; en réalité l'indicanurie s'observe « assez fréquemment dans la tuberculose infantile de « même que dans bon nombre d'états infectieux chez « l'enfant, mais elle n'a aucune valeur pour le dia- « gnostic de cette affection ».

Tels sont aussi complets que possible les éléments d'information que nous devons rechercher avec le plus grand soin dans l'examen d'un bébé soupçonné de tuberculose, et ce n'est que lorsque nous aurons réuni un certain nombre de ces éléments chez un même sujet que nous pourrons accorder leur véritable signification aux signes stéthoscopiques si trompeurs par eux-mêmes !

Que nous apprend donc l'auscultation dans les cas de tuberculose pulmonaire chronique ? D'abord une légère modification que présente l'inspiration au début de la maladie et qui passe le plus souvent inaperçue pour la bonne raison qu'on oublie de la rechercher. C'est une respiration légèrement soufflante avec quelques râles fins perceptibles seulement par instants dans les fortes inspirations, lors-

1. Bertherand. *Loc. cit.*

que le petit malade vient de tousser. Grancher a tout particulièrement insisté sur ce signe et lui accorde une réelle valeur que ne possèdent ni la respiration saccadée que l'on observe à ce moment, ni l'affaiblissement du murmure vésiculaire.

Les vibrations thoraciques sont exagérées, la respiration est affaiblie pour devenir bientôt rude en même temps que la percussion dénote de la submatité. Mais disons-le de suite tous ces signes dont l'importance est capitale dans le diagnostic précoce de la tuberculose chez l'adulte, perdent de leur valeur non seulement par leur signification le plus souvent erronée chez l'enfant, mais aussi parce qu'ils sont d'une constatation extrêmement délicate.

Des râles fins et humides plus ou moins abondants entendus un peu partout, précèdent l'apparition des craquements. Ce n'est le plus souvent qu'au moment où l'on perçoit ces craquements qu'ils soient secs et à plus forte raison humides, qu'on reconnaît la phthisie (Grancher et Hutinel). Puis en même temps que la matité s'accroît et se perçoit plus facilement, les craquements humides revêtent le timbre cavernuleux, s'accompagnent de souffle à timbre également cavitaire et parfois même un véritable bruit de gargouillement est entendu. Ces derniers bruits, ne l'oublions pas, ne sont pas forcément synonymes de caverne. Rilliet et Barthez, Cadet de Gassicourt pour ne citer que ceux-là ont parfaitement montré les différences qui séparaient les phénomènes d'auscultation chez l'enfant et chez

l'adulte au point de vue de leur interprétation et les difficultés très grandes qui peuvent en résulter pour le diagnostic et le pronostic : nous n'y insisterons pas.

Nous attirerons spécialement l'attention sur toute bronchite dont la localisation au sommet doit être suspectée; et comme dans les formes aiguës de la tuberculose, le désaccord entre le pouls et la température et une dyspnée qui ne serait pas en rapport avec les petites lésions révélées par l'auscultation, éveilleraient nos doutes.

La marche de la phtisie chronique diffère peu chez l'enfant de ce qu'elle est chez l'adulte, mais elle est plus rapide et sa durée est de deux ou trois ans au maximum. « On y suit l'évolution lentement progressive des lésions qui, après une période de germination des tubercules souvent absolument latente, passent par leurs différents stades, conglomération des tubercules et induration pulmonaire, ramollissement, caverne. Cette évolution chronique est souvent entrecoupée chez l'enfant par des accidents aigus d'un diagnostic et d'un pronostic difficiles ».

Nous connaissons désormais bien la marche de la maladie; nous savons quel crédit accorder aux signes stéthoscopiques et le sens dans lequel nous devons les interpréter; nous avons passé en revue les nombreux signes par lesquels la tuberculose trahit généralement sa présence, nous sommes donc en droit d'espérer désormais pouvoir dépister la

maladie dans la majorité des cas où elle s'installe dans un jeune organisme sous les aspects les plus trompeurs.

Dans les cas difficiles enfin, comme moyen de contrôle nous pourrions avoir recours aux injections de tuberculine ou de sérum artificiel dont les résultats ont été bien mis en lumière récemment par Bertherand dans une thèse dont nous avons déjà eu l'occasion de parler. On pourra encore rechercher le bacille dans les crachats déglutis ou avoir recours aux rayons X susceptibles de pouvoir donner dans certains cas quelques renseignements utiles.

CHAPITRE CINQUIÈME

Pronostic.

Le pronostic de la tuberculose pulmonaire est plus sévère chez l'enfant que chez l'adulte ; il est d'autant plus inexorable que l'enfant est plus jeune. Cela tient à la tendance à la diffusion qui caractérise la tuberculose, infantile. Est-ce à dire que la guérison n'est pas possible ? Certainement non.

Nous savons déjà que penser des tuberculoses pulmonaires aiguës qui, sauf quelques très rares exceptions de granulie à forme atténuée arrêtée dans son évolution, sont rapidement mortelles. Tout autre peut être le résultat des formes chroniques qui sont en effet susceptibles de s'améliorer dans de bonnes conditions hygiéniques et par suite d'un traitement sagement approprié ; témoins ces foyers tuberculeux anciens, fibreux ou crétacés qu'on rencontre à l'autopsie d'enfants morts accidentellement ou de maladie infectieuse.

Mais, pour cela il est de la plus haute importance de reconnaître l'affection à ses débuts, de savoir la dépister alors qu'elle n'est encore localisée qu'au niveau de la porte d'entrée, car nous savons que la marche des lésions chez l'enfant est dans certains

cas très rapide et que plus on s'éloigne du début de l'infection, plus elle a semé de foyers non seulement dans les parties saines du poumon mais aussi dans d'autres viscères : le processus de la sclérose n'a plus le temps de se faire et la forme fibreuse devient une exception.

Tous les auteurs citent en effet des cas de guérison à foyers pulmonaires limités sans foyer dans les autres organes qui ont guéri par enkystement et subi la transformation fibro-crétacée. M. Comby nous dit en avoir observé des exemples un peu dans toutes les formes et suivis de guérison. Pour notre part, nous rapportons certaines observations d'enfants nettement tuberculeux et dont les lésions pulmonaires peu avancées il est vrai, ont été sinon guéries, (l'avenir seul, pouvant nous renseigner à ce sujet), du moins très améliorées comme nous avons pu le constater par la disparition des signes stéthoscopiques, de la fièvre dans certains cas, par la réapparition de l'appétit et l'augmentation du poids.

CONCLUSIONS

1° La tuberculose chez le tout jeune enfant reste beaucoup plus souvent qu'on ne le croit généralement, cantonnée aux poumons, malgré sa grande tendance à la diffusion. La forme chronique même à grand processus cavitare n'est pas si rare qu'on veut bien le dire.

2° Les formes aiguës de la maladie, la phtisie aiguë granuleuse, la phtisie aiguë broncho-pneumonique, sont, par leur marche très rapide, d'un diagnostic extrêmement délicat, le plus souvent même impossible. L'évolution des phénomènes morbides ou la constatation de signes de tuberculose préexistants, seront seules capables de nous les faire distinguer d'une bronchite capillaire ou d'une broncho-pneumonie, voire même d'une simple bronchite avec lesquelles on les confond le plus ordinairement.

3° La forme ulcéreuse chronique au contraire sera dans beaucoup de cas d'un diagnostic faisable, lorsqu'on pourra adjoindre aux signes stéthoscopiques souvent trompeurs par eux-mêmes, un certain nombre de symptômes bacillaires rencontrés au cours de l'examen approfondi du bébé.

4. Il importera de porter le plus rapidement possible ce diagnostic dans l'intérêt même du malade, car, s'il existe un moment où l'on a des chances d'enrayer la marche envahissante des lésions, c'est au début même de l'affection lorsqu'elle n'est encore qu'au niveau de la porte d'entrée.

5° La tuberculose pulmonaire chronique n'est en effet pas fatalement mortelle, à l'encontre des formes aiguës qui le sont, et à brève échéance.

OBSERVATIONS

Nous allons en terminant publier une série d'observations que nous devons en grande partie à l'extrême obligeance du Docteur Petit qui les a lui-même recueillies dans son service du dispensaire de l'hôpital d'Ormesson ; d'autres nous sont personnelles et proviennent de nos recherches tant au dispensaire de l'hôpital d'Ormesson qu'à l'Hôpital des Enfants malades.

Le but que nous nous proposons par la publication de ces observations est de contribuer à établir l'histoire pathologique de la tuberculose pulmonaire dans la première enfance.

OBSERVATION I

La rommée Jeanne G..., âgée de 25 jours, demeurant rue M.-A. Paris, nous est amenée le 27 janvier 1899. Née à terme et bien conformée, à la Maternité de Paris, J... G..., est nourrie au sein par sa mère. La mère nous dit que l'enfant s'est mise à tousser dès le lendemain de sa sortie de l'hôpital, c'est-à-dire au 9^e jour de sa naissance.

Antécédents héréditaires. — Du côté du père, les renseigne-

ments nous échappent; il est enfant de l'assistance publique, journalier, et jouit paraît-il, d'une bonne santé. La mère dont l'accouchement a été normal est d'une santé générale médiocre, anémique, mais n'a jamais rien présenté de particulier pouvant se rattacher à des phénomènes de tuberculose; cependant elle nous dit avoir perdu sa mère de phtisie, il y a vingt ans. La mère de J... G..., a eu de son mariage un premier enfant qui est mort il y a douze ans à l'âge de 18 mois d'une bronchite suspecte.

Etat actuel de la malade. — A l'examen, la fillette présente les signes suivants: aspect général débile, peau plissée, cyanose généralisée que ne justifie pas l'auscultation du cœur; amaigrissement très prononcé, chaleur de la peau; la fièvre est paraît-il continuelle; l'enfant se nourrit bien au dire de la mère qui lui donne le sein, les selles sont normales. Le jeu du thorax paraît gêné, la respiration se complète par le jeu du diaphragme sans cependant donner lieu à du tirage.

La polyadénite est généralisée, l'adénopathie trachéo-bronchique est très développée, le ventre est gros, la rate présente un volume supérieur à la normale. La toux est rugueuse, tenace et retentissante; à la percussion on trouve une exagération de la sonorité au sommet gauche avec une zone de submatité dans la partie moyenne du poumon. Le côté droit ne présente rien d'anormal à la percussion.

A l'auscultation on constate aux deux sommets la présence de râles humides beaucoup plus confluent à gauche. Ces râles à type bulleux sont tellement marqués à gauche qu'ils simulent le gargouillement. Les mêmes signes sont constatés à l'auscultation en avant et en arrière mais plus dissimulés moins confluent qu'en avant.

OBSERVATION II

Georges C..., âgé de 2 mois né à Levallois où il habite.

Antécédents héréditaires. — Rien qui puisse faire songer à la bacillose. Cinquième de la famille, les autres sont, paraît-il, tous très délicats ; il est né à terme et a été élevé au sein par sa mère.

Etat actuel du malade. — Le petit Georges tousse depuis sa naissance ; son état général est très médiocre, sans cependant prendre le type éthylique. La mère a beaucoup de lait, l'enfant tette bien et en quantité suffisante ; pas de troubles gastro-intestinaux. A part quelques ganglions cervicaux et d'une adénopathie trachéo-bronchique très marquée, on ne constate rien de particulier.

A l'auscultation on trouve en avant, en haut et à gauche un foyer de râles humides sous la clavicule ; le cœur semble légèrement déplacé dans le sens transversal, la base du cœur est abaissée à droite, pas de bruit de souffle. En arrière et dans toute l'étendue du poumon des deux côtés râles humides et craquements ; les signes sont plus concluants à droite.

OBSERVATION III

Louise B..., âgée de 9 mois, née à Paris, passage Davy nous est amenée la première fois le 10 février 1899.

Antécédents héréditaires. — La mère est bien portante nulle trace de bacillose de son côté ; le père âgé de 38 ans, manoeuvre, ne peut plus travailler et est au lit pour bronchite tuberculeuse d'après le diagnostic du médecin du bureau de bien-

faisance. Du côté du père on trouve toute une hérédité; il a en effet perdu son père, sa mère, un frère et une sœur de phtisie; l'histoire des collatéraux n'est pas moins noire, la mère de cette petite malade a eu 6 autres enfants du même lit dont l'aîné qui a 8 ans est seul bien portant; 5 autres sont morts en bas-âge de 6 mois à 2 ans de tuberculose pulmonaire. La contagion n'est pas moins évidente; le logement se compose de deux pièces, une chambre et une cuisine et le berceau de l'enfant est contigu au lit des parents.

Etat actuel de la malade. — L'état général de l'enfant est mauvais, la peau est flétrie, ridée, l'amaigrissement très accentué et les sueurs nocturnes sont abondantes.

Polyadénite, ventre dilaté, grosse rate.

A la percussion diminution de la sonorité en arrière.

A l'auscultation en avant et à gauche râles humides à la partie moyenne du poumon; en avant et à droite rudesse. En arrière râles humides très confluent à gauche. L'adénopathie trachéo bronchique est très marquée.

Quelques jours plus tard le père meurt dans l'unique chambre où il n'y a pas eu de désinfection. Le 24 février l'enfant nous est ramené et malgré le traitement approprié, on retrouve les mêmes signes à l'auscultation et un état général plus mauvais. La petite malade meurt dans le courant du mois de mars très cachectique.

OBSERVATION IV.

Marcelle V., âgée de 12 mois, née, à Passy nous est amenée le 13 février 1899.

Antécédents héréditaires. — La mère est robuste bien consti-

tuée et allaite son enfant. Le père âgé de 38 ans a été soigné pour tuberculose ganglionnaire dans un hôpital parisien et opéré il y a six mois d'adénite tuberculeuse et depuis un mois il est au lit pour tuberculose pulmonaire ; l'enfant habite dans la même chambre que ses parents laquelle n'a qu'une fenêtre sur une petite cour.

Le berceau de l'enfant est à côté du lit dans lequel se trouve le père malade.

Etat actuel de la malade. — Il y a deux mois environ la petite fille a eu une bronchite depuis laquelle elle tousse continuellement.

Bien que l'état général ne soit pas parfait on ne trouve cependant chez elle aucun signe bien marqué de tuberculose. Toutefois à l'auscultation on constate en arrière et en haut des râles humides avec des craquements ; les deux bases sont rugueuses et soufflantes. L'examen radioscopique ne donne aucun renseignement précieux ; à peine permet-il de constater quelques ganglions bronchiques.

La petite Marcelle est soumise au traitement qui produit chez elle une réelle amélioration qu'il est aisé de constater lorsque nous la revoyons un mois plus tard.

L'état général semble meilleur, la toux a légèrement diminué, les signes stéthoscopiques moins confluent.

OBSERVATION V

Joseph G..., 13 mois, né à Paris rue du Docteur, nous est amené le 17 octobre 1899.

Antécédents héréditaires. — On ne trouve rien dans les

ascendants, mais une sœur de 4 ans est morte il y a 2 ans de phtisie.

Antécédents personnels. — Comme maladie, Joseph G..., n'a eu qu'une entérite. Depuis 3 mois il tousse et un médecin consulté nous l'envoie avec le diagnostic de bronchite chronique suspecte.

Elat actuel du malade. — A l'examen l'enfant présente un certain degré d'amaigrissement, une abondante chaîne de ganglions trachéo-bronchiques et une circulation veineuse sous-cutanée très marquée au niveau des clavicules.

On constate à l'auscultation en avant, à gauche, en haut quelques *craquements*.

Du même côté la base est soufflante. En arrière, des deux côtés on trouve des râles humides à la partie moyenne.

OBSERVATION VI

André P..., âgé de 1 mois nous est conduit le 17 mars 1899. Aucun *antécédent héréditaire*. Il est nourri au sein par sa mère qui en sortant de l'hôpital Beaujon où elle avait été faire ses couches, fut envoyée au Vésinet d'où elle sort depuis deux jours.

Elat actuel du malade. — L'enfant est légèrement amaigri, tousse depuis quinze jours et depuis deux jours il a une forte fièvre qui ne l'empêche cependant pas de têter suffisamment. Ganglions cervicaux. A l'auscultation on trouve des râles sous-crépitants et des *craquements* des deux côtés en arrière.

OBSERVATION VII

T. A. âgé de 8 mois né à Paris.

Antécédents héréditaires. — Impossible d'y trouver les traces de bacilliose. Une sœur aînée est soignée pour bronchite chronique.

Antécédents personnels. — Il a été élevé au sein par la mère. Jusqu'à l'âge de 2 mois l'enfant était bien portant ; né robuste et bien constitué, il augmentait normalement de poids. A l'âge de 2 mois à la suite d'un refroidissement, l'enfant eut une bronchite qui dura deux semaines : depuis ce temps il a toujours toussé.

Etat actuel du malade. — L'enfant présente un amaigrissement que ne saurait expliquer un trouble de la digestion car la fonction est normale et le lait de la mère est très abondant. La micro-polyadénite trachéo-bronchique est très marquée ; engorgements ganglionnaires multiples. A l'auscultation on trouve en arrière et à gauche des *craquements* dans tout le sommet, la base est soufflante et le côté droit est par opposition, d'une rudesse extrême.

OBSERVATION VIII

P. âgé de 18 mois habitait Pantin où il est né. Né à terme, bien constitué.

Antécédents héréditaires. — Mère robuste, a eu six enfants qu'elle a tous nourris au sein ; le père est bien portant. Aucune trace de bacilliose dans la famille.

Quatre collatéraux frères et sœurs sont bien portants ; un frère est mort en naissant.

Antécédents personnels. — P., toussé et maigrit depuis six mois. Un médecin qui soigne l'enfant l'envoie avec le diagnostic de bronchite spécifique. Nous voyons le malade le 20 mars ; il nous est présenté par notre collègue le Docteur Derecq dans le service duquel il se trouve.

L'état général est très mauvais ; L'enfant est cachectique et fébricitant. On trouve à l'auscultation *une caverne* avec *gargouillements* dans la portion moyenne gauche en arrière, avec tachycardie très prononcée.

OBSERVATION IX

Raymonde C... âgée de 10 mois née à Paris. Nourrie au sein par la mère.

Antécédents héréditaire. — Père et mère bien portants ; mais la grand' mère paternelle est morte de consommation à la suite d'un refroidissement (?) Deux autres enfants sont bien portants.

Antécédents personnels. — La mère nous conduit son enfant par ce qu'il y a deux mois elle fut prise subitement de fièvre et le Docteur Billon qui vit la petite malade porte le diagnostic de méningite.

Néanmoins l'enfant survécut, mais se mit à tousser avec persistance.

Etat actuel. — Elle est dans un état de consommation absolue la peau est flétrie les membres sont inertes, la *température très élevée*, les lèvres asphyxiantes.

A l'auscultation on constate des râles humides avec con-

fluence dans tout le poumon droit en avant et en arrière et une *caverne énorme* avec *gargouillement* intense, souffle amphorique etc... à gauche.

La mère nous affirme que son enfant n'est aussi malade que depuis quinze jours et qu'elle change à vue d'œil. L'état est tellement grave et étant donnés les troubles intestinaux avec ballonnement douloureux du ventre, que nous portons le diagnostic de *granulie généralisée* ; l'enfant est mort 7 jours après,

OBSERVATION X

L. R. âgé de 22 mois.

Antécédents héréditaires. — Nuls. Un frère est mort d'entérite tuberculeuse à 7 mois.

Antécédents personnels. — L'enfant a toujours toussé depuis sa naissance. Allaitement maternel.

Etat actuel. — Erosion dentaire des incisives centrales supérieures, adénopathie trachéo-bronchique double. A l'auscultation râles humides à droite en arrière. Souffle de la base.

OBSERVATION XI

M. H. âgée de 5 mois née à Paris nourrie au biberon.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant, mère atteinte de laryngite depuis 16 ans mais d'une santé très satisfaisante.

Antécédents personnels. — Dès sa naissance l'enfant a été mise à la crèche ; bien constituée, née à terme elle semblait pleine de vitalité. Au bout d'un mois elle se mit à tousser sans discontinuer.

Etat actuel. — Elle nous est amenée dans un état de cachexie très avancé et c'est à peine si on ose la démailloter. La peau sèche, flétrie, ridée, est collée au squelette dont elle dessine tous les creux et tous les reliefs. Une forte odeur ammoniacale se dégage de l'enfant qui cependant est propre et n'a pas uriné dans ses langes.

Le poids de l'enfant nu est de 2 kil. 500.

La petite M... H..., est en état d'orthopnée, véritable anhélation asphyxique ; elle a d'abondantes sueurs, tousses constamment et n'a jamais eu de diarrhée ; ses selles sont au contraire peu abondantes et jaunes. L'enfant ne vit que d'un verre de lait stérilisé par jour, qu'elle digère, coupé d'eau de Vals.

A l'auscultation, le côté droit est rempli de râles humides en avant et en arrière, tandis que dans le côté gauche on constate en avant et en arrière un bruit très net de gargouillements plus étendu en arrière ($\frac{2}{3}$ supérieurs environ) localisé au sommet en avant. Depuis le début de sa maladie l'enfant a été traitée par des vésicatoires répétés et des vomitifs.

OBSERVATION XII

C..., âgé de 10 mois. Allaitement mixte.

Antécédents héréditaires. — La mère est bien portante, mais le père est mort de phtisie aiguë. L'enfant n'a jamais été en contact avec le père.

Antécédents personnels. — Au dire de la mère qui nous le conduit, l'enfant est malade depuis sa naissance.

L'état général est des plus médiocres ; les tissus sont pâles et décolorés. La rate est volumineuse ; elle apparaît dans le

flanc gauche comme une véritable tumeur appréciable au toucher abdominal le plus superficiel; le bord interne est saillant sous la peau, l'extrémité supérieure est accolée au diaphragme tandis que l'inférieure est en rapport avec la crête iliaque.

L'adénopathie trachéo bronchique est des plus marquée et l'examen radiosopique confirme l'observation clinique. nombreux ganglions superficiels. A l'auscultation on constate aux deux bases une zone de submatité avec foyers de râles sous-crépitaunts. Le sommet gauche en avant est rempli de râles humides très confluents. Nous avons revu l'enfant après quelques mois de traitement et il semblait très amélioré. Les râles humides avaient à peu près disparu, la tumeur splénique avait regressé.

OBSERVATION XIII.

Charles L. âgé de 6 mois né à terme à Paris allaitement mixte.

Aucun antécédent héréditaire. — Ch. L. a eu une pneumonie il y a 2 mois; depuis ce temps il n'a cessé de tousser; il est très amaigri; il a des sueurs abondantes.

A l'auscultation on trouve des deux côtés en arrière des *craquements* mêlés de râles humides et sous crépitaunts, une rudesse extrême des deux sommets. Quelques mois plus tard nous revoyons l'enfant qui a retiré le plus grand profit de son traitement et dont l'amélioration est très notable.

OBSERVATION XIV

Ph. âgée de 5 mois. Parisienne élevée au biberon.

Aucuns antécédents. — Le père est un éthylique renforcé ; l'état général de l'enfant est médiocre, il tousse depuis un mois, il a des sueurs abondantes et une fièvre quotidienne ; il ne boit qu'un peu de lait.

A l'auscultation on peut constater en arrière, à droite et au sommet quelques *craquements* ; la base saillante.

A la partie moyenne on entend quelques râles humides. A gauche une rudesse extrême avec submatité dans toute l'étendue. Sous l'influence du traitement l'état général s'est relevé en un mois, et l'état local s'est considérablement amélioré en 3 mois

OBSERVATION XV

M. A..., âgée de 8 mois, née à Paris, élevée au biberon.

Aucun antécédent héréditaire ou collatéral. — Depuis l'âge de trois mois, époque à laquelle M. A..., a eu une bronchite, elle tousse et maigrit. A l'hôpital des Enfants Trouvés elle fut traitée pour atrepsie. Le 21 juillet l'enfant A..., nous est présentée et elle est dans un état de maigreur extrême sans aucun trouble gastrique. Elle ne veut pas prendre de lait mais le peu qu'elle prend elle le digère très bien et n'a eu ni diarrhée, ni vomissements. La peau est sèche, flétrie, les yeux sont larmoyants et l'enfant est agitée par une toux pénible, qui semble vouloir provoquer une expectoration que l'enfant avale par un mouvement de déglutition instinctif. La micro-polyadénopathie est des plus manifeste. A l'auscultation on entend un *gargouillement* intense dans le poumon gauche en arrière ; ce bruit est tellement intense qu'il se perçoit rien qu'en approchant l'oreille de la malade et sans qu'il soit besoin

d'avoir l'oreille bien appliquée contre la paroi thoracique. Avec le phonendoscope on peut délimiter nettement la cavité qui a son siège au niveau du sillon interlobaire,

OBSERVATION XVI

François J..., 30 mois, né à Paris. Elevé au biberon.

Aucun antécédent. — A l'âge de 7 mois l'enfant a été opéré pour un abcès froid (?) Depuis au dire de la mère, il a toujours toussé et a été soigné pour bronchite. La forme de la toux qui procède par quintes a fait penser que l'enfant était atteint de coqueluche. La mère conduisit l'enfant à l'hôpital Trousseau où il fut reconnu atteint de pneumonie et hospitalisé ; il y est resté un mois et demi.

Quand la mère nous amena l'enfant elle venait de le retirer quelques jours auparavant car on lui avait dit que le petit malade était perdu. L'aspect de l'enfant fait peine à voir, on peut dire sans exagération qu'il est squelettique.

A l'auscultation on constate deux cavernes pulmonaires. L'enfant ayant été pris devant nous d'une violente quinte de toux, nous avons pu recueillir son expectoration avant la déglutition ; le résultat de l'examen bactériologique fut positif et révéla la présence de nombreux bacilles de Koch.

OBSERVATION XVII

Emilienne G..., âgée de deux mois et demi. Née à Paris. Elevée au biberon.

Antécédents héréditaires. — Père bronchiteux, mère bien portante.

Du côté du père neuf oncles et tantes sont morts tubercu-

leux. De plus la mère a perdu ses parents tout jeunes morts de tuberculose pulmonaire.

Enfin une sœur de la malade est morte à 3 mois d'entérite tuberculeuse.

Antécédents personnels. — La petite G..., est venue à terme et pesait 9 livres (?) était superbe et considérée comme bien constituée à la clinique de l'hôpital Beaujon. Elle tousse et dépérit depuis sa naissance.

Etat actuel. — Le 12 octobre 1899, la mère nous présente la petite malade dont l'état général est des plus mauvais.

La cachexie est très avancée, les téguments sont lâches, pâles et flétris.

Le poids de l'enfant est de 7 livres.

A l'âge de quinze jours l'enfant avait eu la diarrhée et depuis elle n'a pas cessé de tousser. On constate une micro-polyadénopathie généralisée ; une adénopathie brachéo-bronchique, développement exagéré du système pileux. A l'auscultation on trouve à droite une caverne, à gauche des râles humides dans toute l'étendue du poumon.

OBSERVATION XVIII

Berthe R. âgée de 20 mois, demeurant à Paris rue Doudeauville nous est amenée le 17 février 1900 parce qu'elle tousse et maigrit.

Antécédents personnels. — Père mort de tuberculose pulmonaire, mère bien portante.

Antécédents personnels. — Rougeole au mois de juin l'année dernière, coqueluche en juillet. Depuis ce moment elle n'a jamais été bien portante ; « elle ne profitait pas » comme par

le passé, nous dit sa mère, elle toussait fréquemment. Le mois dernier elle a passé huit jours à Trousseau où elle a été soignée pour une diarrhée verte. Elle est sortie de cet hôpital avec une bronchite et depuis elle tousse beaucoup.

Etat actuel. — L'enfant est d'une maigreur très prononcée. Elle a la peau sèche ichtyosique, elle pousse des petits cris plaintifs. Nombreux ganglions axillaires, adénopathie trachéo-bronchique nettement accentuée, érosion des deux incisives médianes supérieures, nombreux poils dans la région interscapulaire. La petite malade est légèrement fébrile : le pouls est à 120.

A l'auscultation on entend des râles humides disséminés un peu partout plus confluent à gauche, et on perçoit en haut en arrière et à gauche quelques *craquements* très nets. Rudesse à l'inspiration aux deux sommets. On prescrit un traitement que l'enfant va suivre à la campagne. Nous avons eu le plaisir en la revoyant ces jours derniers de constater une réelle amélioration ; elle a engraisé pendant ces 3 mois l'appétit est bon, l'état ganglionnaire est à peu près le même mais les craquements ont disparu, on n'entend plus que des râles humides bien moins confluent que précédemment.

OBSERVATION XIX

Fernand P. âgé de 13 mois demeurant à Paris rue Pouchet, nous est amené le 2 février.

Antécédents héréditaires. — Père mort de la poitrine il y a 4 mois environ. Un petit frère mort de méningite.

Antécédents personnels. — Rougeole il y a 5 mois depuis laquelle elle tousse et maigrit.

Otite il y a plusieurs mois.

Etat actuel. — Etat voisin de la cachexie. La peau est sèche, collée au squelette ; les muscles semblent avoir disparu. La micropolyaédnite est très sensible ; le système pileux est très développé : doigts hippocratiques. L'enfant tête peu et vomit souvent. Pas de diarrhée. Le ventre est gros la rate augmentée de volume très sensible à la palpation. La dyspnée est grande le pouls à 130 sans température.

A l'auscultation on entend des râles humides un peu partout si confluents à gauche et en bas qu'ils simulent du *gar-gouillement* ; souffle cavernuleux ; en haut et à droite, *cra-quements* très nets.

OBSERVATION XX

Louise V. âgée de 6 mois. Entrée aux Enfants-Malades le 4 mars 1900 Crèche n° 5.

Antécédents héréditaires. — Le père tousse, la mère est bien portante. Un enfant mort en bas âge (?)

Antécédents personnels. — Broncho-pneumonie il y a deux mois environ, depuis laquelle l'enfant tousse beaucoup.

Etat actuel. — Maigreur accentuée. Etat général des plus mauvais, l'enfant ne se nourrit que très légèrement et vomit quelquefois. La micropolyadénite est généralisée, quelques ganglions dans l'aisselle du côté droit ; la rate est un peu augmentée de volume. La température se maintient entre 40,5 le matin et 38,2 le soir. La dyspnée est très accentuée.

A l'auscultation on entend à la partie moyenne du poumon

droit et en arrière de nombreux râles sous-crépitaux ; en avant de nombreux râles disséminés. Morte le 18 avril.

A l'autopsie, nous avons trouvé un ganglion caséux du médiastin et une granulie des poumons. La rate est également granuleuse, le foie est simplement gros.

Vu : le Président de la thèse
DIEULAFOY

Vu : le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

- Ausset.** — Echo Méd. du Nord, Lille, 1897, 1323 (caverne chez un enfant de 14 mois).
- Comby.** — Archiv. de méd. des enf. Paris, 1898 1.279.293.
- Rogers.** — Lancet Lond. 1898, 1, 1536.
- Meunier.** — Presse médicale, Paris 1898, II, 81.
- Shattuck.** — Am. Text. Bk. Dés. Chlid. (Starr) 2^e éd. Phila. 1898, 903-907.
- Martin.** — Clin. J. Lond. 1896-1897 IX, 193-196.
- Thomson.** — Mass. M. J. Bost. 1897 XVII 49-59.
- Landouzy.** — Bull. de la Soc. méd. des hôp. 1886.
- Trousseau.** — Clin. méd. de l'Hôtel-Dieu, 2^e éd. t. I, p. 597.
- Barthez et Sanné.** — Traité clin. et prat. des mal. des enf. 3^e édition, tome III, 91.
- Frœbelius.** — Art. in Jahr in Kind, t. XXIV, 1886 fasc. 1, 2.
- Schwer.** — Inaug. Dissrt, in Allg. méd. cent. zeit, n. 6 1886.
- Queyrat.** — Contribution à l'étude de la tuberculose du premier âge. Thèse Paris 1886.
- Hutinel.** — La tub. du premier âge. Congrès sur l'étude de la tub. 1891.
- Simon.** — Revue méd. de l'Est, 1891 et 1892.
- Aviragnet.** — De la tub. chez les enfants. Thèse Paris 1892.
- Strauss.** — La tub. et son bacille 1895.

Baumgarten. — Tuber. latente, tub. Lamin. Klin. Dort, von Volkmann, 1882.

Gnopf. — Munchen med. Vochensch. 1893.

Hanshalter. — Congrès de Montpellier. 1898 et soc. de méd. de Nancy, 22 décembre 1897.

Bertheraud. — Diag. de la tub. pulm. du premier âge. Thèse Paris 1899.

Bonnet. — Lyon médical, 1898, p. 224.

Constantinovitch. — Essai sur la tub. de la première enfance. Thèse Paris, 1899.

Boucher. — Signes qui permettent de soupçonner la tub. chez les enfants, thèse Paris, 1890.

Pascal. — Tub. au premier âge. Polyadénite primitive. Thèse Paris 1892,

